



名前 姓名		性別 性別	男 男	女 女	年齢 年齢	歳 岁
身長 身高	cm 厘米	体重 体重	kg 公斤	体温 体温		度

赤字の文は機械翻訳を使用しています。

1. 今日はどうされましたか？（複数回答可）  
(今天怎么了?)

2. それはいつからですか？  
(该症状是从什么时候开始的?)

3. 症状の原因となることはありましたか？  
(是否有引起症状的原因吗?)

4. 上記の症状は最近  
(以上的症状，最近)

5. 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？（複数回答可）  
(以前是否患过疾病或有在治疗中的疾病吗?)

6. 現在服用中の内服薬はありますか？  
(现在是否有正在服用的药物?)

7. 食べ物でアレルギー（かゆみ・発疹など）を起こしたことがありますか？  
(是否因食物而引起过敏（发痒或出疹子等）?)

8. 薬でアレルギー（かゆみ・発疹など）を起こしたことがありますか？  
(是否因药物而引起过敏（发痒或出疹子等）?)

9. 現在、受診されている病院はありますか？  
(现在是否有正在就诊的医院?)

10. お酒は飲みますか？（複数回答可）  
(平时是否喝酒?（可复数回答）)

11. タバコは吸いますか？  
(是否吸烟?)

12. 手術をしたことがありますか？



(是否接受过手术治疗?)

---

13. 輸血をしたことがありますか？

(是否接受过输血?)

---

14. 歯を抜いたことがありますか？

(是否拔过牙?)

---

15. 女性の方へ：現在、妊娠の可能性はありますか？

(女性患者请回答：现在是否有怀孕的可能性?)

---

16. 現在授乳中ですか？

(现在是否在喂奶期?)

---

17. 一番最近の月経はいつからですか？

(最后来一次月经是什么时候?)

---

18. その他、何かご希望がございましたらご記入ください。

(如有其它要求，请填写。)

---